

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství



Pavla Břízová

Ošetřovatelská kasuistika v kardiochirurgii

Plastika mitrální chlopně

Nursing casuistry in heart surgery

Plastic mitral valve

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Helena Chloubová

7. června
Praha, 2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři

Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze

Souhlasím – Nesouhlasím

V Praze, 29.04.2010

Pavla Břízová

Identifikační záznam:

BŘÍZOVÁ, Pavla. Ošetrovatelská kasuistika v kardiochirurgii. [*Nursing casuistry in heart surgery*]. Praha, 2010. 58 stran, 6 příloh. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK 2010.

Vedoucí práce PhDr. Helena Chloubová.

Abstrakt

Tématem této bakalářské práce je „Plastika mitrální chlopně“. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zabývám srdečními vadami a jejich rozdělením. Zaměřuji se na mitrální insuficienci, její etiologii a patogenezy, klinický obraz, terapii, možnost chlopenních náhrad a pooperační komplikace. Dále se v této části zabývám předoperační a pooperační péčí na kardiochirurgii.

Praktická část je zaměřena na kvalitativní sledování pacientky formou ošetrovatelské kasuistiky. Na základě získaných informací jsou v závěru sestaveny ošetrovatelské diagnózy, jejich cíle, plány a realizace.

Cílem této práce je popsat ošetrovatelský proces na kardiochirurgii, se zaměřením na chirurgickou léčbu mitrální chlopně a léčbu komplikací vzniklých v pooperačním období. Dále je cílem porovnat předoperační a pooperační péči se standardy kardiochirurgického oddělení.

Precis

Topic of this thesis is „Mitral Valvuloplasty“. The thesis has been divided into theoretical and practical parts.

The theoretical part begins with the classification of heart diseases. Main topic of this thesis is mitral insufficiency - its etiology and pathogenesis, clinical picture, therapy, the possibility of prosthetic valves and post surgery complications. Theoretical part also contains information about the preoperative and post-operative care at cardiac surgery department.

The practical part is focused on the qualitative monitoring of the patient by nursing casuistry. The conclusion in form of compiled nursing diagnosis – aims, plans, and realizations – is based on the gathered information.

The aims of this thesis are following - to describe the nursing process at the cardiac surgery with the focus on both surgical treatment of mitral valve and treatment of its postoperative complications. The second aim is to compare both preoperative and postoperative care with the cardiac surgery department standards.

Klíčová slova:

Kardiochirurgie, mitrální insuficience, plastika, mitrální chlopeň, terapie, předoperační péče, pooperační péče, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces.

Key words:

Heart surgery, mitral insufficiency, plastic, mitral valve, therapy, pre-operative care, post-operative care, nursing care, nursing suit.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Heleně Chloubové za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této závěrečné bakalářské práce. Dále pacientce, která mi umožnila získání informací k výzkumu a v neposlední řadě mojí rodině za podporu ve studiu.

OBSAH

ÚVOD	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1. SRDEČNÍ VADY	8
1.1 Vrozené srdeční vady	8
1.2 Získané srdeční vady	9
2. MITRÁLNÍ INSUFICIENCE	9
2.1 Etiologie a patogeneze	9
2.2 Klinický obraz	10
2.3 Terapie	10
2.4 Druhy chlopních náhrad	11
2.5 Výběr chlopní	12
2.6 Možné pooperační komplikace	13
3. OBECNÁ OŠETŘOVATELSKÁ PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE	14
3.1 Předoperační péče	14
3.2 Pooperační péče	14
4. STANDARDNÍ PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE	17
4.1 Standardní předoperační příprava	18
4.2 Standardní pooperační péče	18
5. ANALÝZA PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE	19
5.1 Analýza předoperační přípravy	19
5.2 Analýza pooperační péče	19
II. PRAKTICKÁ ČÁST	20
1. OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA	20
1.2 Identifikační údaje	20
2. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA	21
2.1 Lékařská diagnóza při přijetí	21
2.2 Vedlejší lékařská diagnóza	21
2.3 Lékařská anamnéza	21
2.4 Objektivní nález před operací	22
3. PŘEHLED DIAGNOSTICKÝCH VYŠETŘENÍ	23
3.1 Fyziologické funkce	23
3.2 Laboratorní vyšetření	24
3.3 Další diagnostická vyšetření	24
4. TERAPEUTICKÁ PÉČE	25
4.1 Chirurgická péče	25
4.2 Farmakologická péče	28
4.3 Fyzioterapie a ergoterapie	29
4.4 Dietoterapie	29
5. STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE	30
III. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	31
1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	31
1.1 Objektivní náhled na hospitalizaci	31
1.2 Subjektivní náhled na hospitalizaci	31
1.3 Základní fyziologické potřeby	32
1.4 Psychosociální potřeby	37
1.5 Psychosociální hodnocení	40
2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	41
3. CÍL, PLÁN, REALIZACE	42

4. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A PROGNÓZA.....	51
5. ZÁVĚR.....	52
IV. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ INFORMACÍ.....	53
1. SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ.....	53
2. SEZNAM DALŠÍCH ZDROJŮ.....	54
3. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	55

PŘÍLOHY 1 - 6

Úvod

Potřeba srdečních operací je v České republice vysoká, protože máme značný výskyt kardiovaskulárních chorob v naší populaci. Choroby srdce a cév jsou zodpovědné za 55% všech úmrtí u nás. ^[3]

Kardiochirurgie je rychle se rozvíjející medicínský obor, který se pro svá specifika postupně vyčlenil z velké chirurgie a stal se samostatnou chirurgickou disciplínou, jejíž hlavní náplní je operační léčba vrozených a získaných srdečních vad. Podle statistik je ročně provedeno 63% operací pro ischemickou chorobu srdeční, 23% pro chlopenní vady, 8% pro vrozené srdeční vady, 1% tvořily transplantace srdce a 5% ostatní operace jako např. disekce a aneuryzmata hrudní aorty, traumata, operace pro dysrytmie atd.. ^[8]

V rámci mé odborné ošetrovatelské praxe jsme měla možnost seznámit se s prací na oddělení kardiochirurgie. Tato jednotka mě velice zaujala pro její intenzivní péči o pacienty a vysokou odbornost sesterského personálu. Oddělení mě nadchlo také pro neustálou živost, rozmanitost a změny.

V teoretické části práce jsem se zabývala vrozenými a získanými srdečními vadami, jejich projevy, patogenezi, dále jejich diagnostikou a způsoby léčby, především chirurgickými metodami. V ošetrovatelské teoretické části se zaměřuji na specifikaci předoperační a pooperační péče o pacienty na kardiochirurgii.

V praktické části provádím kvalitativní sledování formou ošetrovatelské kasuistiky 77-leté pacientky s plastikou mitrální chlopně. Spolupracovala jsem při ošetrovatelské péči se zdravotnickým personálem, který mi byl nejen oporou, ale i rádcem a edukátorem. Získala jsem mnoho nových poznatků a zkušeností. S pacientkou se mi i přes její závažný zdravotní stav velmi dobře spolupracovalo.

^[3] Dominik, J.: *Kardiochirurgie*, Praha: Grada publishing, 1998 ISBN 80-7169-669-2 (str.36)

^[8] Navrátil, Jan: *Kardiochirurgie*, Praha: Avicenum, 1970 ISBN 80-7125-318-4 (str. 18)

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Srdeční vady

Jednou z náplní kardiochirurgie je diagnostika, chirurgická léčba a pooperační péče o nemocné se srdečními vadami. Srdeční vady můžeme rozdělit na vrozené a získané. Dle registru všech srdečních operací uskutečňovaných v Evropě je 25% pro chlopenní srdeční vady a 7% pro vrozené srdeční vady. ^[3]

1.1 Vrozené srdeční vady

Vrozenou srdeční vadou se rozumí každá vrozená anomálie anatomické struktury srdce a velkých cév. Vrozené srdeční vady můžeme rozdělit do šesti kategorií podle převažující léze.

Klasifikace VSV (upraveno podle Cheitlina)

1. Vady s převažujícím levo-pravým zkratem např. defekt septa síní, defekt septa komor, perzistující tepenná dučej
2. Vady s převažujícím pravo-levým zkratem (s desaturací tepenné krve) např. Falladova tetralogie, defekt septa komor, otevřená tepenná dučej, defekt septa síní se současnou plicní cévní chorobou - Eisenmengerův syndrom
3. Vady se stenózou až atrézií chlopní a atrézií komor např. valvulární stenóza plicnice, stenóza aortální chlopně, atrézie plicnice, syndromy s hypoplazií pravé komory
4. Anomálie velkých cév např. koarktace aorty, anomální vyústění plicních žil
5. Vady s transpozicí a nebo inverzí např. dextrokardie se situs viscerum inversus, L-transpozice velkých cév, transpozice velkých cév
6. Anomálie struktury myokardu a velkých cév např. Marfarův sy, hypertrofická kardiomiopatie

[9]

^[3] Dominik, J.: *Kardiochirurgie*, Praha: Grada publishing, 1998 ISBN 80-7169-669-2 (str.36)

^[9] Pařko, P.: *Základy speciální chirurgie, 1. vydání*, Praha: Galén, 2008 ISBN 978-80246-1451-9 (str. 182)

1.2 Získané srdeční vady

Získané srdeční vady můžeme rozdělit podle postižené chlopně. Mohou být revmatické, degenerativní, infekční (endokarditidy), relativní (funkční, neorganické, dilatační), ischemické, traumatické. Po ICHS se objevují jako jedny z nejčastějších srdečních onemocnění.

1. Vady mitrální chlopně
např. mitrální stenóza, mitrální regurgitace, prolaps mitrální chlopně
2. Vady aortální chlopně
např. aortální stenóza, aortální regurgitace
3. Vady trikuspidální chlopně
např. trikuspidální regurgitace, trikuspidální stenóza
4. Vady pulmonální chlopně
např. pulmonální stenóza a regurgitace

[9]

2. Mitrální insuficience

Mitrální insuficience je velmi zákeřná vada, protože klinické symptomy se objevují většinou až pozdě. Funkce mitrální chlopně je závislá na správně koordinované součinnosti mitrálního anulu, cípů chlopně, šlašinek, papilárních svalů, levé síně a levé komory. Jejich normální tvar zabraňuje prolapsu cípů mitrální chlopně během komorové systoly. Špatná funkce jedné nebo více částí tohoto systému může tedy způsobit mitrální regurgitaci.

2.1 Etiologie a patogeneze

Etiologie mitrální insuficience je různorodá, zahrnuje revmatické postižení chlopně, infekční endokarditidu, myxomatózní degeneraci, kongenitální anomálie, dilatované nebo hypertrofické kardiomyopatie a jiná vzácnější onemocnění. Dále může být způsobena retrakcí cípů chlopně při jejich fibróze a kalcifikacích, dilatací anulu, postižením šlašinek a nebo špatnou funkcí papilárních svalů.

[9] Pafko, P.: *Základy speciální chirurgie*, 1. vydání, Praha: Galén, 2008 ISBN 978-80246-1451-9 (str. 182)

U mitrální regurgitace se můžeme setkat s formou akutní a chronickou. Akutní forma vzniká většinou v důsledku spontánní ruptury šlašinky při bakteriální endokarditidě nebo při infarktu myokardu v důsledku ruptury papilárního svalu, vzácněji po traumatu hrudníku. Akutní regurgitace vede ke zvýšení levosíňových tlaků a k rozvoji plicního edému. V 90% přechází akutní forma do chronické fáze, zbytek vyžaduje chirurgické řešení v akutní fázi. U pacientů s chronickou insuficiencí dochází po čase ke kompenzačním mechanismům levé síně a plicního venózního řečiště, takže se plicní příznaky objevují až po letech vývoje onemocnění.^[12]

2.2 Klinický obraz

Převládá námahová dušnost, únavnost a palpitace. Akutně vzniklá insuficience se projevuje obrazem plicního edému a často levostranným srdečním selháním.

Poslechem je slyšet systolický šelest s propagací do axily. Na rtg snímku je vidět dilatovaná levá síň, při déle trvající insuficienci i dilatace levé komory. Na EKG můžeme zachytit hypertrofii levé komory, později i fibrilaci síní.

2.3 Terapie

Terapii můžeme rozdělit na konzervativní a chirurgickou.

2.3.1 Konzervativní terapie

Terapie je hlavně medikamentózní. Při stenóze se podávají diuretika, kontroluje se tepová frekvence. Při fibrilaci síní se podává Digoxin, Verapamil, Beta blokátory. Při akutní regurgitaci jsou naordinovány vazodilatancia a zavádí se balónková kontrapulzace. V chronickém stádiu konzervativní léčba nemá význam, ale podávají se diuretika a vazodilatancia.^[5]

^[12] Vaněk, I.: *Kardiovaskulární chirurgie*, Praha: Karolinum, 2002 ISBN 80-246-0523-6 (str. 56)

^[5] Klener, P. a kolektiv: *Vnitřní lékařství, 1. svazek, 3. vydání*, Praha: Karolinum, 2006 ISBN 80-7262-431-8 (str. 256)

2.3.2 Chirurgická terapie

Operace mitrální insuficience spočívá v náhradě mitrální chlopně.

K operaci jsou indikováni pacienti s akutní mitrální regurgitací, pacienti s NYHA II, III nebo IV s normální funkcí levé komory a endsystolickým rozměrem menším než 45 mm, dále symptomatictí nebo asymptomatictí pacienti s lehkou dysfunkcí levé komory, EF 50-60% a endsystolickým rozměrem 45-50 mm. A v neposlední řadě jsou indikováni asymptomatictí pacienti s dobrou funkcí levé komory a fibrilací síní nebo plicní hypertenzí. ^[3]

2.4 Druhy chlopenních náhrad

První umělá chlopeň byla implantována v roce 1952 Charlesem Hufnaglem do descendentní aorty. Již v roce 1953 byla Harkenem provedena první srdeční operace s užitím mimotělního oběhu, kdy implantoval aortální chlopeň. Další operací za využití tohoto oběhu byla implantace mitrální chlopně Starrovem v roce 1960.

Vývojem prošly i umělé srdeční chlopně, od kuličkových přes diskové až po dnes nejčastěji užívané dvoulisté chlopenní náhrady. V současnosti užívané chlopenní náhrady můžeme rozdělit na mechanické protézy a bioprotézy.

Mechanické protézy máme kuličkové, diskové a dvoulisté. Hlavní výhodou mechanických chlopní je neomezeně dlouhá funkce, nevýhodou je nutnost trvalé antikoagulační terapie.

Nejužívanější kuličkovou chlopní byla chlopeň Starr-Edwards. Diskové chlopně pracují na principu vyklápějícího se disku. Nyní se používají chlopně Medtronic-Hall. V poslední době největší oblibu získaly chlopně dvoulisté. Nejčastěji jsou užívané chlopně St. Jude Medical a Carbomedics.

Bioprotézy jsou chlopně, jejichž kostra je vytvořena z titanu nebo umělé hmoty a je pokryta teflonem nebo polypropylenem. Do kostry je vsita vlastní chlopeň z biologického materiálu. Nejčastěji je to prasečí aortální chlopeň ošetřená glutaraldehydem. Nejznámějšími bioprotézami jsou Hancock a Biocor.

^[3] Dominik, J.: *Kardiochirurgie*, Praha: Grada publishing, 1998 ISBN 80-7169-669-2 (str. 36)

Výhodou biologických protéz je, že není nutná trvalá antikoagulační léčba. Ta se podává pouze 3 měsíce po operaci, poté následuje antiagregační terapie kyselinou acetylsalicylovou. Nevýhodou je riziko rozvoje degenerativních změn na chlopni. To může vést k nutnosti reoperace. Vznik změn je individuální, nejvíce ale závisí na věku.

2.5 Výběr chlopní

Biologickou protézu je doporučeno používat:

- u pacientů nevhodných pro antikoagulační léčbu,
 - starších 65 – 75 let pro náhradu aortální chlopně, u kterých není riziko tromboembolismu,
- u mladých žen ve fertilním věku,
 - u pacientů nad 75 let pro náhradu mitrální chlopně, u kterých není riziko tromboembolismu,
- při náhradě trombozované mechanické chlopně.

Mechanickou protézu je vhodné zvolit:

- u pacientů s předpokládanou dlouhou dobou přežívání,
- u pacientů s již implantovanou umělou chlopní v jiné pozici,
 - u pacientů s renálním selháním, dialyzovaných nebo s hyperkalcémií,
 - u pacientů vyžadujících terapii Warfarinem pro riziko tromboembolismu,
- u pacientů nad 75 let u náhrady aortální chlopně a nad 65 – 75 let,
- u náhrady mitrální chlopně
- při náhradě trombozované biologické chlopně. ^[12]

^[12] Vaněk, I.: *Kardiovaskulární chirurgie*, Praha: Karolinum, 2002 ISBN 80-246-0523-6 (str. 56)

2.6 Možné pooperační komplikace

Mezi nejčastější pooperační komplikace patří krvácení, ischemie myokardu, poruchy srdečního rytmu, respirační, neurologické, gastrointestinální komplikace a poruchy hojení ran.

Nemocný po implantaci chlopně je ohrožen možností vzniku protézové endokarditidy, paravalvulárního leaku, tromboembolických příhod a krvácivých komplikací při antikoagulační léčbě. ^[14]

^[14] Dobiáš, Kotulák, Lipš, Matias, Rubeš, Rulíšek, Bláha:
http://www.kardioanestezie.cz/kardioanestezie_VFN.pdf, Praha, aktualizováno 2004
(24. 4. 2010)

3. Obecná ošetrovatelská předoperační a pooperační péče na kardiiochirurgii

3.1 Předoperační příprava

Předoperační přípravu můžeme rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Cílem předoperační přípravy je vytvořit nemocnému optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, k dobrému, nekomplikovanému hojení s následnou rekonvalescencí. Vše je také, ale ovlivněno přístupem pacienta, aktivní přístup v algoritmu léčebných kroků je nenahraditelný.

3.1.1 Dlouhodobá ošetrovatelská předoperační příprava

Velký význam mají pro pacienta informace. Dostatek informací vede k vytvoření důvěry a naděje v uzdravení.

Sestra vysvětlí pacientovi důležitost předoperační přípravy a předoperačních vyšetření. Do předoperačních vyšetření patří laboratorní krevní testy, screening moče, RTG plic, EKG a komplexní interní konziliární vyšetření, u žen gynekologické vyšetření.

V předoperační přípravě vysvětlíme a zdůvodníme pacientovi přípravu střev (klyzma), přípravu kůže a operovaného pole, hygienu před výkonem a vysvětlíme léčebné postupy nařízené lékařem. Dále by měl být pacient seznámen s předoperační terapií, kdy a kde bude operace probíhat, doba trvání výkonu. Pacienta připravíme na návštěvu anesteziologa.

Do předoperační přípravy dále patří zahájení rehabilitace. Jedná se o nácvik pohybové aktivity, mající vliv na cirkulaci, hojení operačních ran, návrat střevní peristaltiky a psychický stav nemocného. Pacient trénuje dechová cvičení – hrudní dýchání, abdominální dýchání, dýchání proti odporu. ^[13] ^[7]

^[13] Zeman, M a kolektiv: *Chirurgická propedeutika, 2. vydání*, Praha: Grada publishing, 2003 ISBN 80-7169-705-2 (str. 147)

^[7] Mikšová, Froňková, Zajíčková: *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.*, Praha: Grada publishing, 2006 ISBN 80-247-1443-4 (str. 95)

3.1.2 Krátkodobá ošetrovatelská předoperační příprava

Krátkodobá příprava se provádí den před operací. Sestra provede předoperační poučení a rozhovor s pacientem o nadcházející operaci. Seznámí ho s místem operace, kdo bude operaci provádět, jak dlouho bude trvat, co bude následovat po operaci a kdy se vrátí zpět na pokoj. Vysvětlí průběh přípravy. Pacienta seznámí s tím, co může očekávat po operaci, tedy s možnou bolestí, účinkem analgetik, krytím operační rány, popřípadě změnou výživy.

Dále sestra shromáždí potřebnou dokumentaci, zkontroluje údaje, zajistí podepsání souhlasu s operací pacientem nebo zákonným zástupcem.

Připraví operační pole (vyholení), dezinfekce. Zajistí dokonalé vyprázdnění střeva, celkovou hygienu pacienta, odstraní ostatní kosmetické přípravky (lak na nehtech, make-up). Poučí pacienta, aby nepřijímal nejméně 8 hodin před operací nic per os a od 22 hodin nepřijímal ani tekutiny. Dle ordinací lékaře aplikuje premedikaci na noc a sleduje celkový psychický a zdravotní stav pacienta.

3.1.3 Bezprostřední ošetrovatelská předoperační příprava

Bezprostřední příprava se provádí v den operace. Spočívá v přiložení bandáží nebo antiembolických punčoch, zajistit vyprázdnění močového měchýře, pokud je ordinováno tak sestra zavede PMK. Dále pacient provede osobní hygienu a odloží osobní prádlo. Sestra zkontroluje operační pole, odložení zubních protéz, šperků, hodinek, brýlí, kontaktních čoček, kompenzačních pomůcek atd. 30 minut před výkonem sestra podá naordinovanou premedikaci a zajistí převoz pacienta na operační sál i s potřebnou dokumentací. ^[7]

^[7] Mikšová, Froňková, Zajíčková: Kapitoly z ošetrovatelské péče II., Praha: Grada publishing, 2006 ISBN 80-247-1443-4 (str. 96)

3.2 Pooperační péče

Pooperační péči můžeme rozdělit na bezprostřední péči po operaci a na následnou pooperační péči. ^[13]

3.2.1 Bezprostřední pooperační péče

Po skončení operačního výkonu zůstává nemocný pod stálým dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a dokud se mu po skončení narkózy nenavrátní obranné reflexy. Tato fáze péče o operovaného připadá především anesteziologovi. Znamená, že nemocný nesmí opustit operační trakt, dokud není dokonale probuzen a nepominul účinek myorelaxačních látek. Péče se poskytuje v pooperačním pokoji. Nemocní jejichž zdravotní stav po operaci vyžaduje intenzivní péči jsou překládáni na JIP, ostatní na lůžkové oddělení. Pacienta přebírá sestra příslušného oddělení spolu s jeho dokumentací. Sestra u pacienta sleduje vitální funkce, stupeň vědomí, barvu a teplotu kůže, možné příznaky komplikací, bilanci tekutin, vyprázdnění močového měchýře, psychický stav. Plní ordinace lékaře.

3.2.2 Následná pooperační péče

Provádí se na lůžkovém chirurgickém oddělení, kam je nemocný převezen ze sálu. Zvláště nemocný po celkové anestezii vyžaduje zvýšený a pravidelný dohled sestry. Sestra kontroluje vědomí, dýchání, TK, P, vyprazdňování měchýře, kvalitu a množství odváděných sekretů z drénů, katétrů a sond, dále kontroluje obvazy, sleduje projevy bolesti, bilanci tekutin a plní pooperační ordinace. ^[13] Sestra zajistí hygienu pacienta, procvičuje s ním hluboké dýchání, kašel, provádí cviky dolních končetin, napolohuje pacienta. ^[7]

^[13] Zeman, M a kolektiv: Chirurgická propedeutika, 2. vydání, Praha: Grada publishing, 2003 ISBN 80-7169-705-2 (str. 147)

^[7] Mikšová, Froňková, Zajíčková: Kapitoly z ošetrovatelské péče II., Praha: Grada publishing, 2006 ISBN 80-247-1443-4 (str. 103)

4. Standardní předoperační a pooperační péče na kardiochirurgii

4.1 Standardní předoperační příprava

Přípravu před plánovanou operací můžeme rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Do dlouhodobé předoperační přípravy patří předoperační rozhovor, seznámení s postupem operace, anesteziologické vyšetření, interní konzilium, sepsání lékařské a ošetrovatelské anamnézy a shromáždění požadovaných výsledků a dokumentace potřebné k operačnímu výkonu.

Krátkodobá příprava probíhá den před operací. Pacient je přijímán na oddělení spolu se všemi předoperačními vyšetřeními, seznámí se s režimem dne na oddělení, sestra sepíše pacientovi cennosti a uloží do trezoru, eventuálně do šatny. Nacvičuje rehabilitační úkony, které bude vykonávat po operaci, nacvičuje používání kompenzačních pomůcek.. Dle ordinací anesteziologa sestra podá chronickou medikaci, objedná krev. Pacient od půlnoci lačný, nepije, nekouří.

V bezprostřední přípravě se změní fyziologické funkce, pacient provede osobní hygienu (nenalakované nehty i na nohou, odlíčení). Sestra zabezpečí intimitu pacienta. Dále splní ordinace anesteziologického konzilia. Provede se prevence TEN, odstraní se šperky a protetické pomůcky. Pacient se spontánně vymočí a svlékne se z osobních věcí. Sestra podá premedikaci a připraví operační pole.

4.2 Standardní pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče probíhá většinou na dospávacím pokoji eventuálně pooperačním pokoji. Pobyt pacienta je dále určen dle jeho stavu, typu operace a dohody anesteziologa, operátéra a lékaře JIP. Setrvává zde alespoň 2 hodiny. Anesteziolog předává informace o pacientovi sestře na dospávacím pokoji spolu s požadavky na jeho péči. Sestra plní ordinace anesteziologa, operátéra a dále provádí:

- uloží pacienta do čisté nejlépe vyhřáté postele
- sleduje vědomí, vitální funkce – TK, P, D, saturace O₂, TT, P+V
- podává kyslík
- sleduje operační rány, obvazy, pečuje o drény, katétry, sondy
- hodnotí kvalitu a množství odváděných sekretů
- monitoruje bolest, podává analgetika
- kontroluje žilní vstupy, parenterální přívod tekutin
- plní pooperační ordinace
- provádí záznamy do dokumentace
- kontroluje hybnost končetin, močení, nebezpečí retence
- kontroluje účinnost anestézie a analgezie

První den po operaci je pacient na monitoru. TK, P, diuréza, bilance a měření odpadu do drénů se měří a sleduje po 1 hodině. CVP a saturace O₂ se měří po 3 hodinách. Z odběrů se provádí Astrup 7-12-18-24 (kape-li kontinuálně kalium – astrup po 3 hodinách), KO, Na, K, Chl, Ca, Ur, Kr, CB, Alb, Amy, Bili, ALT, AST, ALP, GMT, užívá-li pacient Warfarin – INR, APTT. Dále se provede RTG.

Druhý den je pacient stále na monitoru. TK, P se měří po 2 hodinách. Diuréza a bilance po jedné hodině. Má-li mediastinální drén odpad se měří po 1 hodině. Má-li pleurální drén měří se po 4 hodinách. CVP a saturace O₂ 3x denně. Odběry jsou stejné jako první den. RTG.

Třetí den monitor dle stavu pacienta. TK, P, P+V, bilance po 4 hodinách. CVP a saturace 2x denně. Drény stejně jako druhý den. Redonův drén zapsat v 18 hodin množství odpadu. Odběry stejné jako první den, RTG.

Všechna měření se provádí dle stavu pacienta a individuálně se přizpůsobují potřebám.

5. Analýza předoperační a pooperační péče

5.1 Analýza předoperační péče

Předoperační péče se může lišit v dělení. Někde je rozdělena na obecnou, speciální a místní (učebnice chirurgické propedeutiky). Jinde na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední („Kapitoly z ošetrovatelské péče“, standardy kardiochirurgie). Osobně bych se více přikláněla k dělení druhému, tedy dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední předoperační péče. Po zkušenosti z kardiochirurgie vím, že oddělení se svými postupy řídí, kromě přípravy operačního pole. Ve standardech uvádějí přípravu pole v bezprostřední péči, ale ne vždy tomu tak je a např. vyholení se provádí i den před operací. V „Kapitolách ošetrovatelské péče“ je příprava operačního pole také zařazena do krátkodobé péče, tedy den před operací a v bezprostřední přípravě už jen sestra zkontroluje stav.

Velice se mi líbí v učebnici chirurgické propedeutiky zaměření na pacienta, než na jednotlivé úkony. Kladou důraz na to, aby pacient měl dostatek informací, důvěru v ošetřující personál a byl v psychické pohodě. V „Kapitolách ošetrovatelské péče“ je tomu taky tak, sestra by měla podat co nejvíce informací o průběhu přípravy. Ve standardech je pouze zmínka o psychologickém přístupu.

5.2 Analýza pooperační péče

Pooperační péče se liší dle druhu operace a použité anestézie. V učebnicích chirurgické propedeutiky je pooperační péče popsána všeobecně, aby si student dokázal představit co je důležité a na co se nesmí zapomenout. „Kapitoly ošetrovatelské péče“ se zaměřují na činnost sestry v pooperačním období, péče je rozdělena na bezprostřední po operaci a následnou. Ve standardech kardiochirurgie je pooperační péče konkretizována. Pooperační péče je popsána do větší hloubky a do jednotlivých pooperačních dnů (viz. výše). Dle mé zkušenosti z oddělení vím, že se tímto rozpisem řídí a mají ho viditelně vyvěšen na sesterně. Jednotlivá měření a odběry se mohou měnit individuálně dle stavu pacienta a ordinací lékaře.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Ošetrovatelská kasuistika

Kvalitativní sledování jsem provedla formou ošetrovatelské kasuistiky pacientky:

1.2 Identifikační údaje o pacientce

Jméno a příjmení: J.E.

Oslovení: paní E.

Rodné číslo: 33xxxx/xxx

Věk: 77 let

Stav: vdova

Trvalé bydliště: Praha 8

Pojišťovna: OZP (207)

Povolání: důchodkyně (dříve prodavačka)

Vzdělání: SŠ

Národnost: česká

Vyznání: ateistka

Kontaktní osoba: syn M.E.

Telefon: na syna – 775*****

Důvod přijetí: Překlad z FN Bulovka z interního oddělení
k operačnímu výkonu na kardiochirurgii

Datum přijetí: 10.1. 2010

Datum operace: 12. 1. 2010 – Plastika mitrální chlopně + maze

Datum mého ošetřování: 25. – 29. 1. 2010

(1) (2)

⁽¹⁾ Pacientka

⁽²⁾ Dokumentace

2. Lékařská anamnéza a diagnózy

2.1 Lékařská diagnóza při přijetí

Pacientka přijata 10.1. 2010 z FN - z interního oddělení, kam byla přivezena RZS pro palpitace a pocit vnitřního chvění. Zjištěná dg. Fibrilace a flutter síní. Na kardiouchirurgii přijata pro operační dg. Revmatická mitrální insuficience, hypertensio pulmonalis a fibrilatio atriorum paroxysmalis. Přijata k operaci – Plastika mitrální chlopně + maze.

2.2 Vedlejší lékařská diagnóza

NYHA III.

Permanentní monomorfní síňová tachykardie

St.p. opakovaně neúspěšných farmakologických a elektrických verzích

St.p. implantaci trvalé dvoudutinové kardiostimulace

St.p. opakovaně selektivních koronárních angiografiích (vždy s nevýznamným nálezem)

Arteriální hypertenze s postižením cílových orgánů

Snížení renálních funkcí mírného stupně NS

Asymptomatická bakteriurie

Chronická žilní nedostatečnost I. stupně

Intolerance kyseliny acetylosalicylové

2.3 Lékařská anamnéza

OA: Běžná dětská onemocnění

St.p. implantaci kardiostimulátoru v režimu DDDR pro AV blok III.stupně / 2008

Porevmatická chlopenní vada – středně těžká mitrální regurgitace, lehká aortální regurgitace – dále k došetření

Monomorfní síňová tachykardie – st.p. farmakologické verzi na sinusový rytmus 3/09

Blok levého raménka Tawarova

Arteriální hypertenze s postižením cílových orgánů

Snížení renálních funkcí mírného stupně NS

Chronická žilní nedostatečnost I. stupně

Intolerance kyseliny acetylosalicylové – horní dyspeptické obtíže

RA: otec ICHS, + 78l Ca, matka v 60 letech IM, + 84l ?

AA: ASA – projevující se horními dyspeptickými obtížemi

Abusus: pacientka nekouří, nikdy nekouřila, alkohol pije příležitostně

GA: porod 1, po operaci stresové inkontinence – páska, inkon. trvá,

MP od 54 let, bez obtíží

SA: žije sama – vdova

PA: důchodkyně

FA: Cordarone 200 mg tbl. 1-0-0 (Po-Pá) (Antiarytmiku)

Bisocard 5 mg tbl. 1-0-0 (Beta adrenolytikum)

Detralex tbl. 1-0-1

Warfarin 5 mg tbl. 0-1/2-0 (Antikoagulans)

Vasilip 20 mg tbl. 0-0-1 (Hypolipidemikum)

2.4 Objektivní nález před operací

Pacientka při vědomí, orientovaná, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy, eupnoická, přiměřené hydratace a výživy. Neurologicky bez lateralizace, ameningeální. Hlava na poklep nebolestivá, bez známek traumatu, spojivky růžové, skléry anikterické, zornice izokorické. Jazyk pláží středem, bez povlaku, hrdlo klidné. Pulsace karotid symetrické, šelest 0, náplň krčních žil přiměřená. Hrudník symetrický, dýchání sklípkové, čisté. Břicho měkké, klidné, nebolestivé, bez rezistence, játra v oblouku, slezina nehmatná. TK 115/80, P 115-130/min, TT 36°C, SAT O2 92%, hmotnost 72kg, výška 160 cm. ⁽²⁾

⁽²⁾ Dokumentace

3. Přehled diagnostických vyšetření

3.1 Fyziologické funkce

Pacientka přivezena ze sálu v 12:30

12.1. - 0. poop. den		TK	CVP	P	TT	Výška	váha
	13h	96/48	6	90'	36,6°C	160 cm	72 kg
	14h	111/53	7	90'	37,0°C		
	15h	107/53	7	90'	37,1°C		
	16h	100/50	8	90'	37,6°C		
	17h	121/56	8	90'	38,0°C		
	18h	115/51	9	90'	38,1°C		
	19h	113/50	6	90'	36,4°C		
	20h	105/59	6	90'	36,6°C		
	21h	100/55	7	90'	36,6°C		

		TK	P		TT
25.1. - 13. poop. den	6h	130/60	72'	6h	36,5°C
	12h	125/80	74'	16h	36,4°C
	22h	120/70	74'	22h	37,0°C
26.1. – 14. poop. den	6h	120/63	75'	6h	36,6°C
	12h	110/60	73'	16h	36,0°C
	22h	125/70	77'	22h	36,8°C
28.1. – 16. poop. den	6h	130/75	76'	6h	36,6°C
	12h	130/80	80'	16h	36,8°C
	22h	115/70	74'	22h	36,9°C
29.1. – 17. poop. den	6h	120/75	76'	6h	36,0°C
	12h	110/80	82'	16h	36,7°C
	22h	130/75	83'	22h	36,2°C

Vědomí: pacientka při vědomí, orientovaná osobou, místem, časem

NE

(2)

⁽²⁾ Dokumentace

3.2 Laboratorní vyšetření

16. den hospitalizace 26.1. 2010 – 14. pooperační den

Biochemické vyšetření

Název vyšetření	Výsledek	Hodnocení
sO ₂	94,30%	norm.
pO ₂	69,8 mmHg	norm.
pH	7,44	norm.
ABEc	1,8 mmol/l	norm.
pCO ₂	31,5 mmHg	norm.
cHCO ₃	21,0 mmol/l	norm.
ctHb	13,4 g/dl	norm.
Hctc	41,20%	norm.
cNa ⁺	139 mmol/l	norm.
cK ⁺	3,4 mmol/l	↓
cCa ²⁺	0,99 mmol/l	↓↓
cCl ⁻	110 mmol/l	↑
cGLU	5,2 mmol/l	norm.
cLAC	1,3 mmol/l	norm.

3.3 Další diagnostická vyšetření

12. 1. 10 – 0. pooperační den

RTG hrudníku – snímek na lůžku

Závěr: srdeční stín rozšířen doleva, malý oběh bez městnání, kardiostimulátor, sternotomie

14.1. 10 – 2. pooperační den

Neurologické vyšetření

Na podkladě stížností pacientky na zhoršené vidění a špatnou hybnost pravé horní končetiny provedeno vyšetření.

Závěr: zjištěna pooperační i CMP s pravostrannou hemiparézou, zhoršením zraku a expresivní afázií ⁽²⁾

⁽²⁾ Dokumentace

4. Terapeutická péče

4.1 Chirurgická péče

Operace Plastika mitrální chlopně provedena 12. 1. 2010

4.1.1 Premedikace

11. 1. Neurol 0,25g / 22h

12. 1. Cordarone 1 tbl. / 6h

Vasocardin 25mg / 6h

Neurol 0,25g / 6h

4.1.2 Operační protokol – kopie viz. příloha

4.1.3 Operační rána

- provedena střední sternotomie, délka cca 25 cm

12. 1. 10 – 0. pooperační den

rána sterilně krytá, neprosakuje

13. 1. 10 – 1. pooperační den

rána sterilně krytá, neprosakuje, pokud rána neprosakuje převaz se provádí 2. pooperační den

14. 1. 10 – 2. pooperační den

rána klidná, bez sekrece a čistá, proveden převaz – dezinfekce rány, sterilní čtverce + sterilní krytí

25. – 29. 1. 10. - 13. – 17. pooperační den

sternum pevné, rána klidná, zhojena per prima, bez krytí

4.1.4 Invazivní vstupy

12. 1. 10 – 0. pooperační den

CŽK – v. jugularis, zaveden 12.1., okolí klidné, kryt průhlednou fólií

Arteriální katétr – a. radialis, zavedena 11.1., okolí klidné, bez známek infekce

Swan-Ganz/Sheat – v. jugularis sin., zaveden 12.1., okolí klidné, převaz každý den dezinfekce a speciální krycí fólie na i.v. katétr

PŽK – levá horní končetina, předloktí, zaveden 11.1., okolí klidné, bez známek infekce, převaz dle potřeby

Epidurální katétr – zaveden 12.1., okolí klidné

Drény – perikardiální, mediastinální, zavedeny 12.1., odvádějí (840ml), okolí klidné, bez známek infekce, kryté

Endotracheální kanyla – č. 7,5 , úvaz na 22 cm, zavedena 12.1.

PMK – č. 16, zaveden 11.1., odvádí (2550ml)

25. – 29. 1. 10 – 13. – 17. pooperační den

PŽK

25.1. 10 - levé předloktí, zaveden 22.1., ex v 10h

26.1. 10 – hřbet levé ruky, zaveden v 9h

29.1. 10 – hřbet levé ruky, zaveden 26.1., ex v 10h

PMK

12.1. 10 – zaveden, odvádí bez obtíží

5.1.5 Injekční léčba

25.-29.1. 10 – 13. -17. pooperační den

Fraxiparine 0,6 ml s.c. po 12h, 10 – 22h

4.1.6 Infuzní léčba

12.1. 10 – 0. pooperační den

1000 ml G 10% + 2 apm. CaCl₂ 10%

1000 ml R 1/1 + 2 apm. MgSO₄ / 24 hod.

Perfuzory

Actrapid 50j. / 50 ml i.v. (dle glykemického protokolu)

KCl 7,5% i.v. (dle kalémie)

Noradrenalin i.v. (na váhu dle MAP 70-80 mmHg)

Heparin 15000j. / 50 ml i.v. 2 ml / hod.

Epidurální směs 3-8 ml / hod. do epidurálního katétru

Dobutex 7ug / kg / min

25. – 29.1. 10 – 13. – 17. pooperační den

250 ml F1/1 + 6 amp. Cardilanu i.v. (dle kalémie a L), podáno 26. 1.
v 8h

500 ml R i.v. p.p. (100ml/hod.), podáno 26. 1. v 12h ⁽²⁾ ⁽³⁾

⁽²⁾ Dokumentace

⁽³⁾ Pozorování

4.2 Farmakologická léčba

12. 1. 10 – 0. pooperační den

Název	Způsob podání	Dávkování	Indikační skupina
Cefazolin 1g	i.v.	1 - 1 – 1	ATB
Paralen 4 x 1000 mg	per rectum	p.p.	Antipyretikum
Helicid 20mg	i.v.	1 - 0 – 1	Antiulcerózum
Furosemid 10mg	i.v.	Dle diurézy a bilance	Diuretikum
Torecan 1apm.	i.v.	Při zvracení	Antiemetikum

25. – 29. 1. 10 – 13. – 17. pooperační den

Název	Způsob podání	Dávkování	Indikační skupina
Geratam 800mg	per os	1-1-0	Nootropikum
Furon 40mg	per os	½-0-0	Diuretikum
Verospiron 50mg	per os	0-1-0	Diuretikum, antihypertenzivum
Vasocardin 25mg	per os	1-0-1	Antihypertenzivum
Helicid 20mg	per os	1-0-1	Antiulcerózum
Novalgin 500mg	per os	p.p.	Analgetikum, antipyretikum
Acc Long	per os	1-0-0	Mukolytikum
Mucosolvan 10ml	Inhalace	1-1-1	Expektorans
Hydrocortizon 25mg	per os	1-0-1	Kortikoidy
Furantoin	per os	1-1-1	Chemoterapeutikum

Furantoin 26. 1. ex (4. den)

(2)

⁽²⁾ Dokumentace

[4] Hyne, S.: *Farmakologie v kostce*, Praha: Triton, 2006 ISBN 80-7254-181-1

Dále:

TK, P, TT 3x denně (viz. FF)

P+V a 4 hod.

Nutná intenzivní pohybová RHB

Fyzioterapie hrudníku

Bandáže DK

4.3 Fyzioterapie a ergoterapie

25. – 29.1. 10 v době ošetrovatelské praxe

Pacientka trpí pooperační pravostrannou hemiparézou a expresivní afázií. Terapie ztížena zhoršeným zrakem pacientky, který vznikl také jako pooperační komplikace. V době ošetrovatelské praxe za pacientkou docházela dvakrát denně fyzioterapeutka a jednou denně ergoterapeutka. S pacientkou byla nejprve prováděna stimulace (míčkování, kartáčování, komprese), mobilizace, placing, měkké techniky PHK. Trénink svalové síly, rozsahu pohybu, kulového, válcového úchopu PHK, pALD (osobní hygiena, koupel na lůžku, příjem jídla, oblékání horní poloviny těla, česání, WC, koupel ve sprše), komunikace. Dále mobilita na lůžku, sed, přesun. Trénink lokomoce (chůze v chodítku). Nácvik chůze v doprovodu 2 rehabilitačních pracovníků.

(2) (3) (4)

4.4 Dietoterapie

Při příjmu 10.1. a v době ošetrovatelské praxe 25.-29.1. 10

dieta: 3 racionální

(2)

⁽²⁾ Dokumentace

⁽³⁾ Pozorování

⁽⁴⁾ Personál

5. Stručný průběh hospitalizace

77 letá pacientka přeložena z FN 10.1. 2010 na kardiochirurgické oddělení k operaci plastiky mitrální chlopně. Operace proběhla 11. 1. bez zjevných komplikací, ale v průběhu pooperačním období (2. pooperační den) si pacientka začala ztěžovat na zhoršení zraku a posléze špatnou funkci pravé horní končetiny. Bylo provedeno neurologické vyšetření, byla zjištěna pooperační CMP projevující se pravostrannou hemiparézou, expresivní afázií a zhoršením zraku.

Po dobu mé ošetrovatelské praxe pacientka působila velmi přátelsky. Nejvíce ji trápila expresivní afázie, obtížně hledala slova k vyjádření nebo k pojmenování předmětů. Komunikace s pacientkou byla tedy obtížnější.

Pravidelně rehabilitovala byla si vědoma, že vše bude časově náročné, ale nevzdávala to. Vše bylo ztíženo jejím zhoršeným zrakem, udávala, že ji zrak „vypadává“. Buď neviděla vůbec nebo jen na levé oko. Což ji působilo problém ve vykonávání denních činností.

Pacientka potřebovala částečnou asistenci při uspokojování základních potřeb, jako byla osobní hygiena, stravování nebo posazování na lůžku s nohama dolů.

Velmi dobře spolupracovala s celým zdravotnickým týmem.

1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav ze dne 25. 1. 2010

1.1 Objektivní náhled na hospitalizaci

77 letá pacientka přeložena z FN z interního oddělení na kardiochirurgii pro operaci mitrální chlopně. Zákrok proběhl úspěšně. V průběhu pooperačního období cca 2. pooperační den se začali objevovat komplikace v podobě zhoršení zraku pacientky a postupné ztráty citlivosti pravé horní končetiny. Pacientka je dominantní na pravou končetinu. Po neurologickém vyšetření byla zjištěna CMP projevující se pravostrannou hemiparézou, expresivní afázií a zhoršením zraku. Pacientka při vědomí, orientovaná osobou, místem, časem **NE**. Je si vědoma komplikací. Největší problém při sběru informací byla u pacientky expresivní afázie. Těžko hledala správné výrazy pro odpověď. Nejlépe se jí odpovídalo na přesně kladné otázky, kdy její odpověď mohla být jen ano či ne. I přes závažně zdravotní komplikace se pacientka snažila spolupracovat s celým zdravotnickým týmem.

1.2 Subjektivní náhled na hospitalizaci

Po operaci pacientka trpí expresivní afázií, obtížně hledá slova k vyjádření nebo k pojmenování předmětů. Musí se jí pokládat přesně formulované otázky, nejlépe aby mohla odpovědět jen ano či ne. Dále je postižena pravostrannou hemiparézou, s pomocí fyzioterapeutky se snaží cvičit a postupně obnovovat funkci pravé poloviny těla. Pacientka doufá v obnovu pohybových schopností a návratu soběstačnosti.

1.3 Základní fyziologické potřeby

1.3.1 Dýchání

Před operací

Pacientka prodělala běžné nemoci dýchací cest. Nekouří. Udává, že trpěla námahovou dušností, kterou ale nějak neřešila, spíše se ji přizpůsobila. (1, 2)

Po operaci

Pacientku nyní trápí dráždivý kašel, který se objevuje hlavně ráno po probuzení. Pacientka ráno užívá 1 tabletu ACC Long (mukolytikum) a pravidelně 3krát denně inhaluje 10 ml Mucosolvan (expektorans). Po léčbě očekává zlepšení až úplné vymizení dráždivého kašle. Na dušnost si nestěžuje, ale udává, že se zatím zdaleka nepohybuje tak jako dříve. Netuší jak to se zadýcháváním bude do budoucna. (1, 2, 3)

1.3.2 Hydratace

Před operací

Doma pacientka pila cca 1,5l denně. Hlavně minerální vody a čaj. Alkohol pila jen příležitostně. V příjmu tekutin byla plně soběstačná. (1)

Po operaci

Pacientka má naordinovaný P+V po 4hod. Vypije cca 2l tekutin denně. V pokoji má dostatek tekutin – balené minerální vody a čaj. Příjem je zhoršený v důsledku pravostranné hemiparézy a zhoršeného vidění. Pacientka musí zapojovat levou horní končetinu na kterou není zvyklá, protože je pravačka. Pokud má pití na dosah a v zorném úhlu, tak se zvládá napít sama. Pocit žízně nezachován, pacientce musím připomínat důležitost dostatku tekutin. Otoky na DK ani jiných částech těla nejsou. Sliznice jsou vlhké, kožní turgor dobrý, kůže přiměřeně hydratovaná. Dezorientovaná není, orientovaná osobou, místem, časem ne, ale není to důsledek špatné hydratace. (2, 3)

1.3.3 Výživa

Před operací

Pacientka nikdy nedodržovala žádnou dietu. Není vybírává, zlozvyky ve výživě neudává, sní vše, ale když si může vybrat tak má raději bílé pečivo, kuřecí maso a z příloh brambory. Byla plně soběstačná v přípravě a příjmu potravy. Pacientka alergická na kyselinu acetylosalicylovou, projevující se horními dyspeptickými obtížemi. Má vlastní zuby, klinicky klidné, nebolestivé, převážně devitalizované, zaplněné s periapikálními nálezy 17, 16, 15, 14, 23, 45, 33, 34, 35, 36. Chrup ji nečiní problém. Pacientka váží 72kg a měří 160cm. Její BMI je 28,1 má nadváhu. (1, 2, 3)

Po operaci

Pacientka má v nemocnici naordinovanou dietu č. 3 – racionální. V jídle si nevybírá, ale udává, že její poruchy zraku se prolínají i ve stravování. Když nevidí co má na talíři, tak se ji snižuje chuť k jídlu. Pacientka je schopna najíst se pomocí levé ruky. Ale vzhledem k tomu, že chceme obnovit funkci ruky pravé, tak pacientka potřebuje dopomoc při stravování. Dopomoc spočívá v uchopení příboru do pravé ruky a následné nasměrování jídla do úst. Pacientka je velmi snaživá. Chrup jí nečiní problém, není si vědoma žádného defektu v dutině ústní. Pacientka není schopna si uvědomit zda zaznamenala nějaký výraznější příbytek nebo úbytek na váze. Vzhledem k jejímu postižení bylo ztížené vážení, ale orientačně je váha podobná jako před přijetím do nemocnice. Nemyslí si, že po propuštění z nemocnice by musela dodržovat nějakou dietu. (1, 2, 3)

1.3.4 Vyprazdňování moče a stolice

Před operací – močení

Pacientka trpěla stresovou inkontinencí. Ta se je objevila po menopauze a projevovala se občasným únikem moče např. při kýchnutí nebo zvednutí něčeho těžkého. Nejprve používala vložky poté přistoupila k operativnímu řešení. (1, 2)

Po operaci – močení

Pacientce byl 12.1. zavedený PMK. Má naordinovaný P+V po 4hod. Její výdej je cca 2l denně. Ve zdravotnické dokumentaci byla zmínka, že stresová inkontinence i po operativním řešení přetrvává, ale toto jsem si bohužel nemohla potvrdit, protože pacientka měla zavedený PMK a sama mně nebyla schopna na tuto otázku odpovědět. Pacientce byla v moči zjištěna infekce – streptococcus agalactiae. Byl ji naordinován Furantoin 3krát denně, léčba byla ukončena 26.1..

(1, 2, 3, 4)

Před operací – defekace

Pacientka udává, že problém s vyprazdňováním stolice neměla. Vyprazdňovala se cca 1 za 2 dny. Nikdy neužívala žádná projímadla.

(1)

Po operaci - defekace

Pacientka se vyprazdňuje na mísu, která se jí umístí na židli. Potřebuje pomoc, hlavně při přesunu z lůžka. Vyprazdňuje se hůře, ale udává, že zácpu nepocítuje. Za dobu moji ošetrovatelské praxe byla pacientka 2x, tedy vždy po dvou dnech. Stolice menšího objemu, formovaná, barvy hnědé, bez příměsí. Doufá, že po propuštění nenastanou žádné problémy.

(1, 3, 4)

1.3.5 Spánek a odpočinek

Před operací

Pacientka neměla problémy se spánkem. Nikdy nebrala žádné léky na spaní. Usínala lehce, během noci se nebudila. Po probuzení se cítila odpočatá. Obvykla spí tak 6-8 hodin. Jako spánkový rituál pacientka považuje shlédnutí televize nebo četbu knížky.

(1)

Po operaci

Paní E. neudává, že by měla narušený spánek. Spí bez problému. Necítí se unavená, i přesto pacientka přes den pospává. Před operací se pacientka před spaním koukala na televizi nebo si četla. V nemocnici televizi na pokoji nemají a četba ji dělá vzhledem k zhoršenému zraku problém. Neudrží zrak na řádku. (1, 3)

1.3.6 Teplo a pohodlí

Před operací

Pacientka preferuje spíše teplejší prostředí, ale s čerstvým vzduchem. Nemocniční pokoj ji vyhovuje, ale samozřejmě by byla radši doma. (1, 3, 4)

Po operaci

V nemocnici je paní E. hospitalizována na tří lůžkovém pokoji, který ji teplotně i složením pacientek vyhovuje. Její tělesná teplota je normální 36,4°C, měřená axilárně. Lůžko ji nevadí, ale preferuje spíše tvrdší matraci než jaká je v nemocnici. (1, 3)

1.3.7 Bolest

Před operací

Pacientka netrpí žádnou chronickou bolestí. (1, 2, 4)

Po operaci

Pacientka si nestěžuje na bolest. Během ošetrovatelské praxe jsem nezaznamenala žádné projevy bolesti. (1, 2, 3, 4)

1.3.8 Tělesná hygiena a stav kůže

Před operací

Pacientka před operací plně soběstačná v osobní hygieně. Preferovala sprchování, nejčastěji se sprchovala večer, ale pokud cítila potřebu, tak i přes den. Pacientka má stále vlastní chrup. Zuby klinicky klidné, nebolestivé, převážně devitalizované, zaplněné s periapikálními nálezy 17, 16, 15, 14, 23, 45, 33, 34, 35, 36. Kůže a sliznice bez patologických eflorescencí. (1, 2, 3)

Po operaci

Pacientka potřebuje pomoc v osobní hygieně. V době ošetrovatelské praxe jsme s pomocí ergoterapeutky byly s paní E. ve sprše. Paní E. je dominantní pravák, snažila se zapojit pravou končetinu a kromě zadních partií se zvládla umýt sama, šikovná, snaživá. Hydratace kůže je přiměřená věku, nesvědí ji. Pacientka má operační jizvu po provedené sternotomii, jizva cca 20 cm dlouhá, zhojena p.p., dále má zcela zhojenou jizvu v levé horní části hrudníku po zavedeném kardiostimulátoru, jizva cca 5 cm dlouhá. Pacientka má zavedený PŽK, nejprve na levém předloktí, poté na levém hřbetu ruky. PŽK nejeví známky infekce. Paní E. má patrné hematomy v okolí pupku po injekční s.c. léčbě Fraxiparinem, který je pacientce aplikován dvakrát denně. (1, 2, 3, 4)

1.3.9 Tělesná a duševní aktivita

Před operací

Pacientka důchodkyně, vdova. Volný čas trávila na zahrádce nebo například při procházce se psem. Ráda četla, luštila křížovky a dívala se na televizi. Plně soběstačná v plnění denních povinností. Před operací pacientka trpěla námahovou dušností, třetího stupně. Neřešila ji, pokud se zadýchala, přestala vykonávat činnost, odpočinula si a po odeznění pokračovala. (1)

Po operaci

Nyní pacientka má sníženou soběstačnost v důsledku komplikací. Pravidelně rehabilituje s fyzioterapeutkou, velmi snaživá. Pacientka sama zatím vůbec nechodí, postavena mimo lůžko jednou za pomoci fyzioterapeutky a ergoterapeutky. Do sedu s nohama z lůžka potřebuje pomoci, ale udrží se v něm. Ve volném čase v nemocnici pospává nebo si povídá se spolupacientkami. Nemůže si číst v důsledku zhoršeného zraku, neudrží zrak na řádku. Pacientka má zhoršené vyjadřování kvůli expresivní afázii. Hůře hledá slova nebo nemůže najít výraz pro daný předmět, i přesto se snaží komunikovat.

(1, 2, 3, 4)

1.3.10 Sexuální potřeby

Tato otázka nebyla položena. Pacientka má za sebou jeden porod, je po operaci stresové inkontinence – páska. Inkontinence přetrvává. Menopauza v 54 letech, bez obtíží.

(2)

1.4 Psychosociální potřeby

1.4.1 Existenční potřeby

1.4.1.1 Zdraví

Pacientka důchodkyně, dříve prodavačka. Nikdy nekouřila, alkohol pila jen příležitostně. Má pocit, že nedodržovala správný životní styl. V dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Pacientka si je vědoma, že její váha není ideální, životní styl pro ní nebyl prioritní, ale nikdy žádnou redukční dietu nedodržovala, má nadváhu. Pacientka trpěla námahovou dušností třetího stupně, neřešila ji, pokud se zadýchala, odpočinula si a pokračovala dál. Dušností trpí cca od roku 2007. Dispozice k onemocnění má, její tatínek onemocněl ICHS, zemřel v 78 letech na rakovinu. Maminka prodělala v 60ti letech IM, zemřela v 84 letech, ale neví na co. Paní E. přijata k operaci plastiky mitrální chlopně, ví co jí přivedlo do nemocnice.

Nyní po operaci neví co má očekávat vzhledem ke komplikacím, které nastaly, ale doufá, že se její hybnost znovu obnoví a vše se vrátí do normálu, aspoň do té podoby, aby se o sebe mohla postarat. (1, 3)

1.4.1.2 Soběstačnost

Pacientka před operací plně soběstačná ve všech činnostech. Po operaci soběstačnost paní E. snížena v důsledku pravostranné hemiparézy. Pacientka snaživá, v rámci svých možností spolupracuje s celým zdravotnickým týmem. Smyslové vnímání je v pořádku kromě zraku, který je poškozený v důsledku pooperačních komplikací. Dochází k výpadkům zorného pole. Pacientka udává výpadky pravého zorného pole a nemožnost rozeznat počet osob v místnostech. Nemůže číst, neudrží zrak na řádku. (1, 2, 3, 4)

1.4.1.3 Bezpečí a jistota

Pacientka má velkou oporu ve svém synovi. V rodině problémy nemají. Trápí ji nejistota v důsledku její snížené soběstačnosti a strach z budoucnosti. Věří, že kdyby nebyla schopná se o sebe postarat, tak ji syn pomůže. (1, 3)

1.4.1.4 Bydlení

Pacientka je vdova, bydlí na Praze 8, v rodinném domu bez výtahu, který je rozdělený na byty. Pacientka má svůj vlastní a ve druhém bydlí syn s rodinou. Pacientka bydlí v přízemí, do bytu ji vedou cca 3 schody. Byt je bariérový např. prahy mezi místnostmi, koupelna bez madel a protiskluzové podlahy atd. Kromě syna má ještě dvě vnoučata a jedno pravnouče. Rodina ji pravidelně navštěvuje, syn za ní chodí každý den. Paní E. netuší jak bude schopná se o sebe postarat po propuštění s nemocnice, ale věří, že se syn o ní v případě nutnosti postará. (1, 2, 3, 4)

1.4.2 Afiliační potřeby

1.4.2.1 Potřeba lásky a sounáležitosti

Pacientka je vdova, žije v rodinném domě v samostatném bytě. Její syn a jeho rodina mají byt v témže domě. Jsou v denním kontaktu. Paní E. má kromě syna dvě vnoučata a jednou pravnouče, dělají ji radost. V rodině problémy nemají, syn ji chodí každý den do nemocnice navštěvovat. Ve svém synovi má velkou oporu. Na její rodině jí velice záleží. (1, 2, 3)

1.4.2.2 Komunikace

Po operaci pacientka trpí expresivní afázií, obtížně hledá slova k vyjádření nebo k pojmenování předmětů. Musí se jí pokládat přesně formulované otázky, nejlépe aby mohla odpovědět jen ano či ne. Co se týče situace před operací, některými fakty si není jistá nebo je neumí vyjádřit. Během ošetrovatelské praxe jsme se snažily s pacientkou nacvičovat verbální komunikaci a hlavně pojmenovávání předmětů. I přes toto postižení se pacientka snaží komunikovat. Otázka na kterou by pacientka nechtěla odpovědět se nevyskytla. Spíše se objevoval problém s upřesněním odpovědi nebo špatnou výbavností slov. (2, 3)

1.4.3 Sebepojetí a sebeúcta

Pacientka ví co ji přivedlo do nemocnice, ale není mi schopna říct zda má dostatek informací o léčbě a léčebném režimu. Nepamatuje si nebo si nemůže vybavit. S dodržováním léčebného režimu v nemocnici nemá problém, snaží se být aktivní. Pacientce je 77let, důchodkyně, dříve prodavačka. Ze stárí strach nemá, spíš z budoucnosti, zda bude schopna se o sebe sama postarat. V životě je pro ni důležitá její rodina a zdraví, jak její, tak rodiny. (1, 3)

1.4.4 Seberealizace a sebeaktualizace

Pacientka je v důchodu. Volný čas trávila na zahrádce nebo na procházkách se psem. Ráda četla, luštila křížovky nebo se koukala na televizi. Volný čas v nemocnici tráví hlavně odpočinkem a komunikací se spolupacientkami. Číst si nemůže neudrží zrak na řádku a na televizi také nekouká, protože ji nemají na pokoji.

(1, 3, 4)

1.4.4.1 Duchovní potřeby

Pacientka ateistka. Nikdy neuvažovala, že by se přidala k nějaké víře.

(1)

1.5 Psychosociální hodnocení

Pacientka přátelská, i přes expresivní afázii je v rámci možností komunikativní s navázáním kontaktu nebyl problém. I přes obtížnost situace velmi snaživá. Má velmi dobré rodinné zázemí, syn ji chodí pravidelně navštěvovat. Depresemi netrpí, spíše strachem z budoucnosti, že se nebude schopna sama o sebe postarat. Velmi dobře spolupracuje s celým zdravotnickým týmem.

2. Ošetrovateľské diagnózy

2.1 Porucha hybnosti, chôze s rizikom pádu v dôsledku pravostrannej hemiparézy a zhoršeného zraku s prejavmi neschopnosti chôze a posadení s dopomocí

2.2 Porucha sebestačnosti a vnímania jednej strany tela v dôsledku pravostrannej hemiparézy a zhoršeného zraku s prejavmi zníženej sebestačnosti vo všetkých základných potrebách s nutnosťou dopomoci

2.3 Nejistota a strach z budúcnosti v dôsledku poruchy funkcie hybnosti, zhoršeného videnia po operácii prejavujúci sa verbalizáciou problémov

2.4 Porušená verbálna komunikácia v dôsledku expresívnej afázie prejavujúci sa zhoršeným pojmenovávaním predmetov a špatným vyjadrovaním

2.5 Porucha kožnej integrity v dôsledku zavedeného PŽK a injekčnej liečby s rizikom vzniku komplikácií predovšetkým záňetu a krvácania

2.6 Zmena močenia v dôsledku zavedeného PMK z dôvodov operácie s rizikom vzniku komplikácií infekcie a obštrukcie

2.7 Riziko krvácania v dôsledku s.c. antikoagulačnej liečby prejavujúci sa krvácaním z nosu, ďasien, petechiami

2.8 Zvýšené riziko imobilizačného syndromu v dôsledku pravostrannej hemiparézy s možnosťou vzniku dekubitov, kontraktúr – svalovej atrofie a bronchopneumonie

3. Cíl, plán, realizace

3.1 Porucha hybnosti, chůze s rizikem pádu v důsledku pravostranné hemiparézy a zhoršeného zraku s projevy neschopnosti chůze a posazení s dopomocí

Cíl: Pacientka je schopna se postupně pohybovat v prostředí dle potřeby a přání bez omezení nebo s pomůckami, pacientka zná podstatu hemiparézy a aktivně spolupracuje v rekonvalescenci a zná rizika pádu

Plán: Edukovat pacientku o poruše hybnosti, o postupu rehabilitace, riziku pádu, zajistit bezpečné prostředí a bezpečnost pacientky, spolupráci s fyzioterapeutkou, ergoterapeutkou, pravidelně rehabilitovat a cvičit k dosažení hybnosti, správné funkce končetin a stability těla, zajistit kompenzační pomůcky a nácvik jejich používání

Realizace: Zajistila jsem bezpečné prostředí pacientky, fyzioterapeutka edukovala pacientku o poruše hybnosti a průběhu následné rehabilitace, pravidelně cvičily, s pacientkou byla nejprve prováděna stimulace (míčkování, kartáčování, komprese), mobilizace, placing, měkké techniky PHK, trénink svalové síly, rozsahu pohybu, kulového, válcového úchopu PHK, pALD (osobní hygiena, koupel na lůžku, příjem jídla, oblékání horní poloviny těla, česání, WC, koupel ve sprše), komunikace, dále mobilita na lůžku, sed, přesun, trénink lokomoce (chůze v chodítku), nácvik chůze v doprovodu 2 rehabilitačních pracovníků

Hodnocení: Pacientka v rámci svých možností spolupracuje s fyzioterapeutkou, nechodí, s dopomocí si sedne s nohama z lůžka, udrží se, pravá končetina stále „nemotorná“, ale pokud se pacientce vloží do pravé ruky předmět např. kartáček, tak s pomocí levé si zvládne vyčistit zuby, částečně se umýt žínkou, osprchovat se, během ošetrovatelské praxe nedošlo u pacientky k riziku pádu.

3.2 Porucha soběstačnosti a vnímání jedné strany těla v důsledku pravostranné hemiparézy a zhoršeného zraku s projevy snížené sebepéče ve všech základních potřebách s nutností dopomoci

Cíl: Pacientka v rámci svých možností soběstačná a spolupracuje v saturaci svých potřeb

Plán: Edukovat pacientku o poruše soběstačnosti, o riziku pádu, zajistit bezpečnost pacientky v jejím okolí, kontaktovat rehabilitační sestru a ergoterapeutku, včasná mobilizace pacientky, motivace k aktivnímu přístupu, uspokojit základní potřeby nemocné

Realizace: Edukovala jsem pacientku o významu soběstačnosti, o riziku pádu, fyzioterapeutka edukovala o průběhu rehabilitace, pravidelně cvičily, upravila jsem lůžko a přiblížila signalizaci, zajistily jsme bezpečné okolí pro pacientku, motivovaly jsme pacientku ke spolupráci v obnově její soběstačnosti, za její spolupráce a ergoterapeutky jsme uspokojovaly pacientčiny potřeby, nacvičovaly denní činnosti

Hodnocení: Pacientka nesoběstačná v uspokojování svých potřeb, k uspokojení potřebuje vždy aspoň minimální pomoc např. vložení předmětu do pravé končetiny, i přes stav pacientky se v rámci svých možností snaží spolupracovat a doufá v obnovu funkce a návrat soběstačnosti

3.3 Nejistota a strach z budoucnosti v důsledku poruchy funkce hybnosti, zhoršeného vidění po operaci projevující se verbalizací problémů

Cíl: Navázání důvěryhodného vztahu, pacientka vnímá snížení negativních pocitů, je v lepší psychické pohodě

Plán: Navázat s pacientkou přátelský, důvěryhodný vztah, seznámit se s rodinou, zapojit ji do spolupráce a léčebného procesu, všímat si projevů strachu, nejistoty, projevit respekt a zájem o pacientku, motivovat pacientku, v případě nutnosti spolupráce s psychologem

Realizace: S pacientkou jsem velmi rychle navázala příjemný vztah, v průběhu ošetrovatelské praxe jsem poznala i jejího syna, spolu s personálem jsme motivovali pacientku a snažili se jí zlepšit psychický stav, snažila jsem se sledovat možné negativní projevy

Hodnocení: Pacientka přátelská, ale obavy a nejistota z budoucnosti se u pacientky nesnížily, syn plně spolupracuje a zajímá se o zdravotní stav své matky, pacientka doufá, že v případě potřeby se syn o ni postará, psychický stav výrazně nenarušen, depresemi netrpěla, nejistota projevována jen verbálně

3.4 Porušená verbální komunikace v důsledku expresivní afázie projevující se zhoršeným pojmenováváním předmětů a špatným vyjadřováním

Cíl: Pacientka se postupně naučí mluvit nebo bude schopna jiným způsobem vyjádřit svá přání

Plán: Zjistit míru postižení, zlepšit verbální komunikaci nebo zavést metody umožňující pacientce vyjádřit své potřeby a přání, vytvořit vztah s pacientkou, udržovat oční kontakt, vést jednoduchou komunikaci s využitím všech prostředků k získání potřebných informací, jednat klidně, přátelsky, ponechat dostatek času na odpověď, dbát aby pacientka byla odpočatá, pozorovat i neverbální komunikaci, předvídat potřeby nemocné, pomoc při orientaci

Realizace: S pacientkou jsem si vytvořila důvěryhodný vztah, snažila jsem se s pacientkou vést jednoduché rozhovory, bez spěchu, v klidném prostředí, s udržováním očního kontaktu, s pacientkou jsem komunikovala po odpočinku a ponechala ji dostatek času na odpověď, dotazy byly nejčastěji formulovány tak, aby pacientka mohla odpovědět jen ano či ne

Hodnocení: Pacientka potřebuje čas na odpověď, nejlépe se ji odpovídá jen ano či ne, pro předměty těžko hledá správný výraz, komunikace se výrazně nezlepšila, i přes postižení se pacientka snažila v rámci možností komunikovat, ochotně procvičovala pojmenování předmětů

3.5 Porucha kožní integrity v důsledku zavedeného PŽK a injekční léčby s rizikem vzniku komplikací především zánětu a krvácení

Cíl: Pacientka edukována o významu zavedeného PŽK a injekční léčby, není ohrožena komplikacemi – vznikem infekce, krvácení

Plán: Edukovat pacientku o důležitosti léčby a projevech komplikací, zamezit vzniku nežádoucích projevů, zarudnutí, svědění, zvýšená teplota a otok kůže, kontrolovat stav kůže, pečovat o ni, dodržovat správné aseptické postupy, používat dezinfekci a sterilní pomůcky, dohodnout se s lékařem na možnosti změnění způsobu léčby, dostatečná hydratace, sledovat stav výživy, správná aplikace subkutánních injekcí

Realizace: Pacientku jsem edukovala o nežádoucích projevech, při aplikaci subkutánních injekcí jsem dodržovala aseptický postup a používala dezinfekci se sterilními pomůckami, zároveň jsem při aplikaci kontrolovala stav kůže a změny na pokožce, pacientka měla naordinovaný příjem tekutin k dostatečné hydrataci, během hygieny jsem se zaměřila na kůži celého těla, dostatečně vysušila a poté promazala

Hodnocení: Pacientka znala projevy komplikací, během ošetrovatelské praxe byly dodrženy správné postupy aplikace a u pacientky se neobjevily známky komplikací – infekce, krvácení.

3.6 Změna močení v důsledku zavedení PMK z důvodů operace s rizikem vzniku komplikací infekce a obstrukce

Cíl: Pacientka chápe význam zavedení permanentního močového katétru a spolupracuje v prevenci komplikací

Plán: Edukovat pacientku o projevech komplikací, pacientka bude dostatečně vyprázdněná a nebude ohrožena komplikacemi, budu kontrolovat stav močového katétru, kvalitu a množství moče, používat aseptické postupy, sterilní pomůcky, dodržovat uzavřený systém, katétr pravidelně proplachovat, zajímat se o projevy možné infekce, dodržovat správnou hygienu

Realizace: Pacientku jsem edukovala o důležitosti a významu permanentního močového katétru, o možných projevech komplikací, pravidelně jsem kontrolovala stav močového katétru, jeho průchodnost, při manipulaci jsem dodržovala aseptické postupy, snažila jsem se dostatečně hydratovat pacientku, sledovat kvalitu a množství moče a dodržovat správnou osobní hygienu

Hodnocení: Pacientka chápe význam močového katétru, před ošetrovatelskou praxí prodělala infekci močového měchýře a 26.1. došla ATB, nyní výsledky negativní, během ošetrovatelské praxe se komplikace neobjevily, močový katétr průchodný, odvádí bez problému

3.7 Riziko krvácení v důsledku s.c. antikoagulační léčby projevující se krvácením z nosu, dásní, petechiemi

Cíl: pacientka zná možné krvácivé projevy, nedojde ke komplikacím

Plán: poučit o možných krvácivých projevech (krvácení z nosu, z dásní,...), budu sledovat příznaky krvácivých projevů, při krvácení informovat lékaře

Realizace: pacientku jsem poučila o možných krvácivých projevech, sledovala jsem příznaky krvácivých projevů, vzniklé hematomy, pravidelně jsme pacientce dělaly krevní odběry

Hodnocení: nedošlo ke komplikacím, pacientka nekrvácela, v podbřišku drobné hematomy po aplikaci subkutánních injekcí

3.8 Zvýšené riziko imobilizačního syndromu v důsledku pravostranné hemiparézy

Cíl: Pacientka chápe riziko imobilizace, spolupracuje v prevenci imobilizačního syndromu a je bez projevů IMS

Plán: edukace pacientky o projevech imobilizačního syndromu, spolupracovat s fyzioterapeutkou, aktivizovat pacientku, motivovat, pravidelně cvičit, požívat aseptické postupy, dezinfekci, kontrolovat stav kůže, zajistit správnou péči o kůži, pomoc při změnách polohy, polohování, udržovat pacientku orientovanou, sledovat projevy syndromu

Realizace: Edukovala jsem pacientku o projevech syndromu, lékařem naordinována spolupráce s fyzioterapeutkou, pacientka pravidelně cvičila a spolupracovala na obnově hybnosti a prevenci imobilizačního syndromu, sledovala jsem možné projevy syndromu, při aplikacích jsem dodržovala aseptické postupy, starala se o pokožku pacientky, správně polohovala, nabádala k dostatečné hydrataci

Hodnocení: Pacientka v rámci svých možností spolupracovala v prevenci imobilizačního syndromu, pochopila riziko imobilizace, během ošetrovatelské praxe se neobjevily projevy imobilizačního syndromu

4. Ošetrovatelský závěr a prognóza

Pacientka přijata z FN na kardiochirurgické oddělení pro operaci mitrální chlopně. Operační výkon proběhl bez zjevných komplikací. V pooperačním období si pacientka začala stěžovat na špatnou funkci pravé horní končetiny a zhoršení zraku. Bylo provedeno neurologické vyšetření, byla zjištěna pooperační CMP projevující se pravostrannou hemiparézou, expresivní afázií a zhoršením zraku. Pacientka orientovaná osobou, místem, časem ne. Přes expresivní afázii komunikativní, přátelská a ochotná spolupracovat. Má velmi dobré rodinné zázemí, syn ji chodí pravidelně navštěvovat. Pacientka spolupracuje s celým zdravotnickým týmem.

Prognóza

V průběhu ošetrovatelské praxe pacientka plně rehabilituje. V rámci možností jejího zdravotního stavu spolupracuje se všemi členy týmu, snaživá, komunikativní a přátelská. Věří, že postupnou rehabilitací se jí obnoví funkce pravé poloviny těla a ona bude schopna se o sebe postarat a uspokojit své potřeby.

5. Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči na kardiochirurgickém oddělení.

Závěrečná práce je rozdělena na část teoretickou zabývající se obecně srdečními vadami a blížeji mitrální insuficiencí, její etiologií, patogenezí, klinickým obrazem a terapií. V praktické části se zaměřuji na kvalitativní sledování pacientky formou ošetrovatelské kasuistiky. Pacientka je po operaci plastiky mitrální chlopně, se vznikem pooperační centrální mozkové příhody, projevující se pravostrannou hemiparézou, expresivní afázií a zhoršením zraku.

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu ošetrovatelské péče na kardiochirurgickém oddělení a zaměřit se na chirurgickou léčbu mitrální insuficience a léčbu možných pooperačních komplikací.

III. Seznam použitých zdrojů informací

1. Seznam literárních zdrojů

- [1] Brát, Radim: *Kardiochirurgie pro bakalářské studium*, Ostrava, Ostravská univerzita v Ostravě, 2008 ISBN 978-80-7368-601-7
- [2] Doenges, Marilyn E. a kol.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: Grada publishing, 2001 ISBN 80-247-0242-8
- [3] Dominik, J.: *Kardiochirurgie*, Praha: Grada publishing, 1998 ISBN 80-7169-669-2
- [4] Hyne, S.: *Farmakologie v kostce*, Praha: Triton, 2006 ISBN 80-7254-181-1
- [5] Klener, P. a kolektiv: *Vnitřní lékařství, 1. svazek, 3. vydání*, Praha: Karolinum, 2006 ISBN 80-7262-431-8
- [6] Kolektiv autorů: *Základy ošetřování nemocných*, Praha: Karolinum, 2005 ISBN 31-8005-418-9
- [7] Mikšová, Froňková, Zajíčková: *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.*, Praha: Grada publishing, 2006 ISBN 80-247-1443-4
- [8] Navrátil, Jan: *Kardiochirurgie*, Praha: Avicenum, 1970 ISBN 80-7125-318-4
- [9] Pafko, P.: *Základy speciální chirurgie, 1. vydání*, Praha: Galén, 2008 ISBN 978-80246-1451-9
- [10] Staňková, M.: *České ošetrovatelství – hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*, Brno IDV PZ, 2004 ISBN 80-7013-323-6
- [11] Trachtová, E.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno: IDV PZ, 2005 ISBN 80-7013-324-4
- [12] Vaněk, I.: *Kardiovaskulární chirurgie*, Praha: Karolinum, 2002 ISBN 80-246-0523-6
- [13] Zeman, M a kolektiv: *Chirurgická propedeutika, 2. vydání*, Praha: Grada publishing, 2003 ISBN 80-7169-705-2
- [14] Dobiáš, Kotulák, Lipš, Matias, Rubeš, Rulišek, Bláha: http://www.kardioanestezie.cz/kardioanestezie_VFN.pdf, Praha, aktualizováno 2004

2. Seznam dalších zdrojů

1. Pacientka
2. Dokumentace pacientky
3. Pozorování pacientky
4. Ošetrovatelský personál – staniční sestra, zdravotní sestry
5. Specializační personál – fyzioterapeutka, ergoterapeutka

3. Seznam použitých zkratek

AA – alergická anamnéza
BMI – body mas index
CMP – centrální mozková příhoda
CVP – centrální žilní tlak
DG – diagnóza
DK – dolní končetiny
FA – farmakologická anamnéza
FF – fyziologické funkce
FN – fakultní nemocnice
GA – gynekologická anamnéza
i.v. – intravenózně
ICHS – ischemická choroba srdeční
IM – infarkt myokardu
MP – menopauza
OA – osobní anamnéza
OZP – odborová zdravotní pojišťovna
p.p. – podle potřeby
P+V – příjem + výdej
PA – pracovní anamnéza
PMK – permanentní močový katétr
PŽK – permanentní žilní katétr
RA – rodinná anamnéza
RHB – rehabilitace
RZS – rychlá záchranná služba
s.c. – subkutánně
SA – sociální anamnéza
SAT – saturace
SŠ – středoškolské
St.p. – stav po
TBL – tablety
TK – tlak krve
TT – tělesná teplota

PŘÍLOHY

1. Operační protokol
2. Vstupní ošetřovatelský záznam
3. Barthelové test
4. Hodnocení rizika pádu
5. Glasgow coma scale
6. Norton skóre

Operační protokol - kopie

Zahájení operace: 12.1.10 8:10

Ukončení operace: 12.1.10 11:39

Operatér: X.X

Anesteziolog: X.X

Asistent: X.X

Typ anestezie: celková s intubací

Obsluha: X.X

Instrumentářka: X.X

Operační diagnózy: Revmatická mitrální insuficience

Hypertensio pulmonalis

Fibrilatio atriorum paroxysmalis

Operační výkony: Plastica valvulae mitralis

Operatio maze atrii sin. - kryoablace

Kardioplegie: teplá krevní 1:4

ECC: 87 min

Hypotermie: 35,6 st.

Svorka: 44 min

Průběh operace:

V celkové anestezii provedena střední sternotomie. Otevřen perikard, podán heparin, zaveden a spuštěn mimotělní oběh (kanylace obou vv. Cavae, které uzavíráme turniketem). Preparace v septu síní. Provádíme ablaci na levé síni (obkrouženy plicní žíly oboustranně, tyto linie spojeny). Přiložena svorka na ascendentní aortu, kořenem podána kardioplegie (opakujeme po 20 minutách). Otevřená levá síň, revidujeme mitrální chlopeň pomocí háčků. Chlopeň má lehce ztlustělé oba cípy, dilatovaný konus je bez prolapsu, obě komisury srostlé. Provedena komisurotomie v obou komisurách skalpelem. V anulu poté naloženy jednotlivé stehy a fixován prstenec No.34. Opakovaně kontrola naplněním levé komory studeným fyziologickým roztokem. Následuje sutura levé síně, odvodušnění levou síní a aortou. Uvolněna příčná svorka obnoven anulovaný rytmus, ukončen MO. Heparin neutralizován protaminem. Zavedeny drény do perikardu a mediastinu. Uzávěr sternu drátěnými kličkami, uzávěr rány po vrstvách. Na konci operace je nemocná oběhově stabilní.

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení:

Oslovení:

Pojišťovna:

Rodné číslo:

Povolání:

Věk:

Vzdělání:

Stav:

Národnost:

Adresa:

Vyznání:

Osoba, kterou lze kontaktovat:

Datum přijetí :

Hlavní důvod přijetí:

Lékařská diagnóza:

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

Osobní anamnéza:

Rodinná anamnéza:**Vyšetření:****Terapie:****Nemocný má u sebe tyto léky:****Je poučen, jak je má brát?****Obecná rizika:**

(Zhodnoťte, využijte hodnotící škály)

nikotismus ne ano pokud ano, kolik denně:

alkoholismus ne ano

drogy ne ano

pokud ano, jaké a jak dlouho:

alergie

jídlo ne ano pokud ano, které:

léky ne ano pokud ano, které:

jiné ne ano pokud ano, na co:

dekubity

pneumonie

Důležité informace o stavu nemocného:

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

- 1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)?*
- 2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc?*
- 3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?*
- 4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?*
- 5. Jaké to pro vás je být v nemocnici?*
- 6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici?*
- 7. Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu?*
- 8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu?*
- 9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte:*

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

Komunikace:

stav vědomí	při vědomí	somnolence	kóma
kontakt navázán	rychle	s obtížemi	nenavázán
komunikace	bez problémů	bariéry	nekomunikuje
spolupráce	snaha spolupracovat		nedůvěřivost
odmítá spolupráci			

HODNOCENÍ NEMOCNÉHO**1. Bolest a nepohodlí**

Pocítujete bolest nebo něco nepříjemného? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:

Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do
nemocnice? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:

jak dlouho?

Na čem je vaše bolest závislá?

Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)?

Kde pocítujete bolest?

Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro
jejich zmírnění?

Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo), projevy bolesti :

charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):

2. Dýchání

Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?

ano *ne*

pokud ano, upřesněte:

Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?

ano *ne*

pokud ano, upřesněte:

jak jste je zvládal?

Máte nyní potíže s dýcháním?

ano *ne*

pokud ano. co by vám pomohlo?

Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? (pokud pacient odpověděl na předchozí otázky negativně, tuto otázku nepokládejte)

nevím *ano* *ne*

pokud ano, zvládnete to?

Kouříte? *ano* *ne*

pokud ano, kolik?

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.:

3. Osobní péče

Můžete si všechno udělat sám?	<i>ano</i>	<i>ne</i>
Potřebujete pomoc při mytí?	<i>ano</i>	<i>ne</i>
Potřebujete pomoc při čistění zubů?	<i>ano</i>	<i>ne</i>
Potřebujete pomoc při koupání či sprchování?	<i>ano</i>	<i>ne</i>
Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete?		

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.:

4. Kůže

Pozorujete změny na kůži?	<i>ano</i>	<i>ne</i>	
Máte obvykle kůži?	<i>suchou</i>	<i>mastnou</i>	<i>normální</i>
Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?			
Svědí vás kůže?	<i>ano</i>	<i>ne</i>	

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.:

5. Strava a dutina ústní

Jak vypadá váš chrup?	<i>dobrý</i>		<i>vadný</i>
Máte zubní protézu?	<i>dolní</i>	<i>horní</i>	<i>žádnou</i>
Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže?	<i>ano</i>		<i>ne</i>
pokud ano, upřesněte			
Máte rozbolavělá ústa?	<i>ano</i>	<i>ne</i>	
pokud ano, ruší vás to při jídle?			
Myslíte, že máte tělesnou váhu	<i>přiměřenou</i>	<i>vyšší</i>	<i>nižší</i>

Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? *ano* *ne*

pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral:

Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? *ano* *ne*

Co obvykle jíte?

Je něco co nejíte? Proč?

Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? *ano* *ne*

pokud ano, upřesněte:

Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?

pokud ano, upřesněte:

co by mohlo problém vyřešit?

Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?

pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost:

6. Příjem tekutin

Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?

zvýšil

snížil

nezměnil

Co rád pijete?

Co nepijete rád?

Kolik tekutin denně vypijete?

Máte k dispozici dostatek tekutin? *ano* *ne*

Objektivní hodnocení sestry:

(projevy dehydratace, soběstačnost při příjmu tekutin, tekutiny v dosahu):

7. Vyprazdňování stolice

Jak často chodíte obvykle na stolicí?

Máte obvykle

normální stolice zácpu průjem

Kdy se obvykle vyprazdňujete?

Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil?

Berete si projímadlo? *nikdy příležitostně často pravidelně*

Pokud ano, jaké

Máte nyní problémy se stolicí? *ano ne*

pokud ano, jak by se daly vyřešit:

Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd.(pokud při vyplňování vstupního záznamu znám), meteorismus, flatulence:

8. Vyprazdňování moči

Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice?

Ano ne

pokud ano, upřesněte:

jak jste je zvládal?

Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?

Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? *ano ne*

pokud ano, myslíte , že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.:

9. Lokomotorické funkceMáte potíže s chůzí? *ano* *ne*

pokud ano, upřesněte:

Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? *ano* *ne*

pokud ano, upřesněte:

Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? *ano* *ne*

pokud ano, upřesněte:

Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?

nevím *ano* *ne*

pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:**10. Smyslové funkce**Máte potíže se zrakem? *ano* *ne*

pokud ano, upřesněte:

Nosíte brýle? *ano* *ne*

pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?

Slyšíte dobře? *ano* *ne*pokud ne, užíváte naslouchadlo? *ano* *ne*

jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Objektivní hodnocení sestry:

11. Fyzická a psychická aktivita

Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte?

Máte potíže pohybovat se v domácnosti? *ano* *ne*

Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte:

Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? *ano* *ne*

Co děláte rád ve volném čase?

Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?

Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?

Objektivní hodnocení sestry:

12. Odpočinek a spánek

Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání?

Máte doma potíže se spánkem? *ano* *ne*

pokud ano, upřesněte:

Kolik hodin obvykle spíte?

Usínáte obvykle těžko? *ano* *ne*

Budíte se příliš brzo? *ano* *ne*

pokud ano, upřesněte

Co podle vás způsobuje vaše potíže?

Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?

Berete doma léky na spaní? *ano* *ne*

pokud ano, které:

Zdřímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho?

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.:

13. Sexualita

Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?

ano *ne*

pokud ano, upřesněte:

Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?

ano *ne*

pokud ano, upřesněte:

- *pacient o sexualitě nechce hovořit*

- *otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného*

14. Psychologické hodnocení

emocionalita	stabilní	spíše stabilní	labilní
autoregulace	dobře se ovládá		hůře se ovládá
adaptabilita	přizpůsobivý		nepřizpůsobivý
příjem a uchovávání informací			
bez zkreslení	zkresleně (neúplně)		
orientace	orientován		dezorientován
celkové ladění	úzkostlivý	smutný	rozzlobený
	sklíčený	apatický	

15. Rodina a sociální situace

S kým doma žijete?

Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk?

Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu?

Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu?

Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat?

Je na vás někdo závislý?

Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit?

Kdo se o vás může postarat?

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:

6. Souhrnné hodnocení nemocného

Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči

BARTHELOVÉ TEST

Skóre soběstačnosti všedních denních činností

Hodnocení soběstačnosti ze dne 25.1. – 13. pooperační den

Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence stolice	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun na lůžko/židli	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Chůze – schody	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Soběstačnost jsem u paní E. dne 25.1. zhodnotila na 45 bodů, tedy vyžaduje pomoc při vykonávání všedních činností.

BARTHELOVÉ TEST

Skóre soběstačnosti všedních denních činností

Hodnocení soběstačnosti ze dne 26.1. – 14. pooperační den

Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence stolice	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun na lůžko/židli	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Chůze – schody	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Soběstačnost jsem u paní E. dne 26.1. zhodnotila na 45 bodů, tedy vyžaduje pomoc při vykonávání všedních činností.

BARTHELOVÉ TEST

Skóre soběstačnosti všedních denních činností

Hodnocení soběstačnosti ze dne 28.1. – 16. pooperační den

Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence stolice	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun na lůžko/židli	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Chůze – schody	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Soběstačnost jsem u paní E. dne 28.1. zhodnotila na 45 bodů, tedy vyžaduje pomoc při vykonávání všedních činností.

BARTHELOVÉ TEST

Skóre soběstačnosti všedních denních činností

Hodnocení soběstačnosti ze dne 29.1. – 17. pooperační den

Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence stolice	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun na lůžko/židli	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Chůze – schody	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Soběstačnost jsem u paní E. dne 29.1. zhodnotila na 45 bodů, tedy vyžaduje pomoc při vykonávání všedních činností.

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

Vyhodnocení: skóre 2 a vyšší = pacientka je ohrožena rizikem pádu

**Hodnocení rizika pádu ze dne 25.1. -
13. pooperační den**

Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcky	2
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Nykturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá následující léky - antihypertenziva	1
	Žádné	0
Smyslové poruchy	Vizuální, smyslové, smyslový deficit	1
	Orientován	0
Mentální status	Občasná noční dezorientace	1
	Dřívější dezorientace/demence	1
Věk	18 – 75	0
	75 a starší	1
Pád v anamnéze		1

Ze dne 25.1. jsem paní E. vypočítala 6 bodů rizika pádu.

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

Vyhodnocení: skóre 2 a vyšší = pacientka je ohrožena rizikem pádu

**Hodnocení rizika pádu ze dne 26.1. –
14. pooperační den**

Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcky	2
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Nykturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá následující léky - antihypertenziva	1
	Žádné	0
Smyslové poruchy	Vizuální, smyslové, smyslový deficit	1
	Orientován	0
Mentální status	Občasná noční dezorientace	1
	Dřívější dezorientace/demence	1
Věk	18 – 75	0
	75 a starší	1
Pád v anamnéze		1

Ze dne 26.1. jsem paní E. vypočítala 6 bodů rizika pádu.

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

Vyhodnocení: skóre 2 a vyšší = pacientka je ohrožena rizikem pádu

**Hodnocení rizika pádu ze dne 28.1. –
16. pooperační den**

Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcky	2
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Nykturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá následující léky - antihypertenziva	1
	Žádné	0
Smyslové poruchy	Vizuální, smyslové, smyslový deficit	1
	Orientován	0
Mentální status	Občasná noční dezorientace	1
	Dřívější dezorientace/demence	1
Věk	18 – 75	0
	75 a starší	1
Pád v anamnéze		1

Ze dne 28.1. jsem paní E. vypočítala 6 bodů rizika pádu.

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

Vyhodnocení: skóre 2 a vyšší = pacientka je ohrožena rizikem pádu

**Hodnocení rizika pádu ze dne 29.1. –
17. pooperační den**

Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcky	2
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Nykturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá následující léky - antihypertenziva	1
	Žádné	0
Smyslové poruchy	Vizuální, smyslové, smyslový deficit	1
	Orientován	0
Mentální status	Občasná noční dezorientace	1
	Dřívější dezorientace/demence	1
Věk	18 – 75	0
	75 a starší	1
Pád v anamnéze		1

Ze dne 29.1. jsem paní E. vypočítala 6 bodů rizika pádu.

GLASGOW COMA SCALE

Skóre na hodnocení kvality vědomí

Vyhodnocení:

15 – plné vědomí, **nad 13** – žádná nebo lehká porucha,
8 – 13 – porucha vědomí, **pod 8** – bezvědomí, **3** – hluboké bezvědomí

Hodnocení vědomí za dne 25.1. – 13. pooperační den

Otevírání očí	Spontánně	4
	Na výzvu	3
	Na bolest	2
	Neotevírá	1
Slovní odpověď	Orientovaná	5
	Zmatená	4
	Nepřiměřená	3
	Nesrozumitelná	2
	Žádná	1
Motorická odpověď	Uposlechne – vykoná	6
	Cílená obrana	5
	Flekční – úhybná	4
	Na bolest flexe	3
	Na bolest extenze	2
	Bez reakce	1

Vědomí jsem u paní E. dne 25.1. zhodnotila na 15 bodů, tedy plné vědomí.

GLASGOW COMA SCALE

Skóre na hodnocení kvality vědomí

Hodnocení vědomí za dne 26.1. – 14. pooperační den

Otevírání očí	Spontánně	4
	Na výzvu	3
	Na bolest	2
	Neotevírá	1
Slovní odpověď	Orientovaná	5
	Zmatená	4
	Nepřiměřená	3
	Nesrozumitelná	2
	Žádná	1
Motorická odpověď	Uposlechne – vykoná	6
	Cílená obrana	5
	Flekční – úhybná	4
	Na bolest flexe	3
	Na bolest extenze	2
	Bez reakce	1

Vědomí jsem u paní E. dne 26.1. zhodnotila na 15 bodů, tedy plné vědomí.

GLASGOW COMA SCALE

Skóre na hodnocení kvality vědomí

Vyhodnocení:

15 – plné vědomí, **nad 13** – žádná nebo lehká porucha,
8 – 13 – porucha vědomí, **pod 8** – bezvědomí, **3** – hluboké bezvědomí

Hodnocení vědomí za dne 28.1. – 16. pooperační den

Otevírání očí	Spontánně	4
	Na výzvu	3
	Na bolest	2
	Neotevírá	1
Slovní odpověď	Orientovaná	5
	Zmatená	4
	Nepřiměřená	3
	Nesrozumitelná	2
	Žádná	1
Motorická odpověď	Uposlechne – vykoná	6
	Cílená obrana	5
	Flekční – úhybná	4
	Na bolest flexe	3
	Na bolest extenze	2
	Bez reakce	1

Vědomí jsem u paní E. dne 28.1. zhodnotila na 15 bodů, tedy plné vědomí.

GLASGOW COMA SCALE

Skóre na hodnocení kvality vědomí

Hodnocení vědomí za dne 29.1. – 17. pooperační den

Otevírání očí	Spontánně	4
	Na výzvu	3
	Na bolest	2
	Neotevírá	1
Slovní odpověď	Orientovaná	5
	Zmatená	4
	Nepřiměřená	3
	Nesrozumitelná	2
	Žádná	1
Motorická odpověď	Uposlechne – vykoná	6
	Cílená obrana	5
	Flekční – úhybná	4
	Na bolest flexe	3
	Na bolest extenze	2
	Bez reakce	1

Vědomí jsem u paní E. dne 29.1. zhodnotila na 15 bodů, tedy plné vědomí.

NORTON SKÓRE

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Vyhodnocení:

méně než 14 – vysoké riziko, **15 – 18**- střední riziko, **18 – 20** –
minimální riziko

Hodnocení rizika vzniku dekubitů ze dne 25.1. – 13. pooperační den

Fyzický stav	Dobry	4
	Narušený	3
	Špatný	2
	Velmi špatný	1
Vědomí	Dobry	4
	Apatický	3
	Zmatený	2
	Bezvědomí	1
Aktivita	Chodí	4
	S doprovodem	3
	Sedačka	2
	Leží	1
Pohyblivost	Úplná	4
	Částečně omezená	3
	Velmi omezená	2
	Žádná	1
Inkontinence	Není	4
	Občas	3
	Moč	2
	Moč + stolice	1

Riziko dekubitů jsem u paní E. dne 25.1. zhodnotila na 15 bodů, což je střední riziko vzniku proleženin.

NORTON SKÓRE

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Vyhodnocení:

méně než 14 – vysoké riziko, **15 – 18**- střední riziko, **18 – 20** –
minimální riziko

Hodnocení rizika vzniku dekubitů ze dne 26.1. – 14. pooperační den

Fyzický stav	Dobrý	4
	Narušený	3
	Špatný	2
	Velmi špatný	1
Vědomí	Dobrý	4
	Apatický	3
	Zmatený	2
	Bezvědomí	1
Aktivita	Chodí	4
	S doprovodem	3
	Sedačka	2
	Leží	1
Pohyblivost	Úplná	4
	Částečně omezená	3
	Velmi omezená	2
	Žádná	1
Inkontinence	Není	4
	Občas	3
	Moč	2
	Moč + stolice	1

Riziko dekubitů jsem u paní E. dne 26.1. zhodnotila na 15 bodů, což je střední riziko vzniku proleženin.

NORTON SKÓRE

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Vyhodnocení:

méně než 14 – vysoké riziko, **15 – 18**- střední riziko, **18 – 20** –
minimální riziko

Hodnocení rizika vzniku dekubitů ze dne 28.1. – 16. pooperační den

Fyzický stav	Dobry	4
	Narušený	3
	Špatný	2
	Velmi špatný	1
Vědomí	Dobry	4
	Apatický	3
	Zmatený	2
	Bezvědomí	1
Aktivita	Chodí	4
	S doprovodem	3
	Sedačka	2
	Leží	1
Pohyblivost	Úplná	4
	Částečně omezená	3
	Velmi omezená	2
	Žádná	1
Inkontinence	Není	4
	Občas	3
	Moč	2
	Moč + stolice	1

Riziko dekubitů jsem u paní E. dne 28.1. zhodnotila na 15 bodů, což je střední riziko vzniku proleženin.

NORTON SKÓRE

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Vyhodnocení:

méně než 14 – vysoké riziko, **15 – 18**- střední riziko, **18 – 20** –
minimální riziko

Hodnocení rizika vzniku dekubitů ze dne 29.1. – 17. pooperační den

Fyzický stav	Dobry	4
	Narušený	3
	Špatný	2
	Velmi špatný	1
Vědomí	Dobry	4
	Apatický	3
	Zmatený	2
	Bezvědomí	1
Aktivita	Chodí	4
	S doprovodem	3
	Sedačka	2
	Leží	1
Pohyblivost	Úplná	4
	Částečně omezená	3
	Velmi omezená	2
	Žádná	1
Inkontinence	Není	4
	Občas	3
	Moč	2
	Moč + stolice	1

Riziko dekubitů jsem u paní E. dne 29.1. zhodnotila na 15 bodů, což je střední riziko vzniku proleženin.

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa
studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě
Univerzity Karlovy v Praze**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]